

# Antrag auf Kostenübernahme

Gemäß Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. §78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Geburtsdatum)

.....  
(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

.....  
(Pflegekasse, Versichertennummer)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 31,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 15,50 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
Saugende Bettwäscheeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stck. (21,00 €)							
Fingerlinge	100 Stck. (5,50 €)							
Einmalhandschuhe	100 Stck. (7,00 €)							
Mundschutz	50 Stck. (7,00 €)							
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stck. (13,00 €)							
Schutzschürzen – wieder verwendbar	pro Stck. (25,00 €)							
Händedesinfektions- mittel	500 ml (8,00 €)							
Flächendesinfektions- mittel	500 ml (6,00 €)							

- Pflegehilfsmittel zu Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
Saugende Bettwäscheeinlagen – wiederverwendbar	pro Stck. (25,50 €)							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

.....  
(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

## **Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 54 bis zu 31,00 € monatlich  
 PG 54 bis zu 15,50 € monatlich/Beihilfeberechtigung
- PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

.....  
(Datum)

.....  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Zurück an: